

事業主各位

一般社団法人長崎県労働基準協会佐世保支部

「フルハーネス型墜落制止用器具」(10月)特別教育開催ご案内

高さ 2m 以上の箇所にあつて作業床を設けることが困難なところにおいて、墜落制止用器具のうちフルハーネス型のものを用いて行う作業（ロープ高所作業に係る業務を除く）についての講習です。（労働安全衛生法第 59 条 3 項労働安全衛生規則第 36 条 41）

1. 講習日程および会場

※ 遅刻厳禁 8:50 までに受付を済ませて下さい

講習日程	開始時刻	講習会場
令和7年10月7日(火)	9:00～	交通会館（駐車場なし） 佐世保市栄町 7-12 (TEL0956-25-3500) [お問い合わせ・連絡は、3. 申込先へ]

※講習日は、フルハーネス型墜落制止用器具を必ずお持ち下さい

2. 申込方法

下記の①→②に従ってお申込み下さい ※予約申込みは致しません

① まず受付開始日にお電話下さい

受付開始日 令和 7 年 9 月 5 日 (金) 9:00 より

(受付時間 9:00～17:00)

電話番号 0956-42-0020

先着順に受け付け、定員になり次第キャンセル待ちとなります。

電話で A～E を順に
伝えてください

- A 受講する講習名
- B 事業場名
- C 受講者数
- D 電話番号・連絡先
- E 担当者名

② ①にて電話受け付け完了後、受講申込書を3.申込先へ送付または持参下さい

- 持参の場合 受講申込書(本人確認書類添付)と受講費用を当協会へお持ち下さい。
受講費用は後日振り込みも可 ⑤16:00以降は不在の場合がありますので
ご連絡の上お越し下さい。(駐車場: 1 台有り)
- 送付の場合 受講申込書(本人確認書類添付)と返信用封筒(110 円切手貼付)を同封
のうえ送付して下さい。(現金書留可)
受付後、受講券とご請求書を送付いたします。
- ※指定の期日までに受講費用をご入金後 **申込み完了**となります。

●申込の取消

返金の有無にかかわらず取消しのご連絡をお願いします。

9月30日(火) 17時まで → 受講料の**全額返金** その後は → **返金出来ません**

3. 申込先

〒857-0034 佐世保市万徳町 1-11 川津ビル 1F

一般社団法人 長崎県労働基準協会 佐世保支部 TEL0956-42-0020

4. 受講費用

	受 講 料	テキスト代	合 計 (10%税込)
会 員	8,360 円 (内税 760 円)	990 円 (内税 90 円)	¥9,350
一 般	10,560 円 (内税 960 円)	990 円 (内税 90 円)	¥11,550

5. 講習科目

時間は講習の進行状況により若干変更することがあります

10/7 (火)	時間(休憩を含む)	科 目		時間数
	8:50までに 入場下さい 9:00～16:30	学科	作業に関する知識	1 H
			墜落制止用器具(フルハーネス型のものに限る。 以下この条において同じ。)に関する知識	2 H
			労働災害の防止に関する知識	1 H
			関係法令	0.5H
		実技	墜落制止用器具の使用方法等	1.5H

合計 6 H

6. 持参するもの

受講券と一緒にお渡しする別紙にてご確認ください

注意

- ※ 全講習科目を必ず受講して下さい。
- ※ 遅刻・早退・欠課等をされますと修了証を交付することができません。

✿ 助成金について ✿

『人材開発支援助成金』

書類の取り寄せ・提出及びお問い合わせ先

長崎労働局 職業安定部職業対策課

☎ 095-801-0042

- ①楷書で丁寧に記入してください(鉛筆は不可)
②用紙サイズはA4をお願いします
③※印は記入しないこと
④本人確認書類の添付を必ずお願いします
⑤誤記入の場合 ➡ 二重線で訂正の上、訂正印を押印(修正テープ等は使用不可)

フルハーネス型墜落制止用器具特別教育受講申込書

- ① 自動車運転免許証(表裏)
② 健康保険証(表裏)
③ 在留カード(表裏)
④ 住民票(マイナンバーの記載がない、6ヶ月以内に発行のもの)
⑤ マイナンバーカード(表面のみ)

いずれかの写しを本人確認書類として必ず添付してください
※①③は記入がない場合も裏面の写しが必要です
※②は裏面に現住所を記入の上コピーを取って下さい

受 講 者		受 講 番 号		※	
受 講 者	ふりがな				
	氏 名	生年月日 昭和 年 月 日 平成 (才)			
	現 住 所				
	郵便番号				電話番号 () 携帯番号 ()
◎ 氏名・生年月日・現住所は本人確認書類と一致すること					
所 属 事 業 場	ふりがな				
	事 業 場 名				
	所 在 地				
	郵便番号				電話番号 () FAX番号 ()
	連絡担当者	部 署			氏 名
		職 名			
会員・一般の区分 ✓をお願いします		☐ 会 員 ☐ 一 般		加入支部名 (会員の場合)	支部
申 込 年 月 日 年 月 日		申 込 者 (受講者又は事業場) 印			

ご記入いただきました個人情報につきましては、当支部が責任をもって管理し、本講習の目的以外には使用いたしません。
本申込書を当支部が受理した時点で、申込人が、当該利用目的に同意されたものとみなします。

一般社団法人 長崎県労働基準協会 佐世保支部長 殿

修 了 年 月 日	※	修了証 番 号	※
摘 要	※		